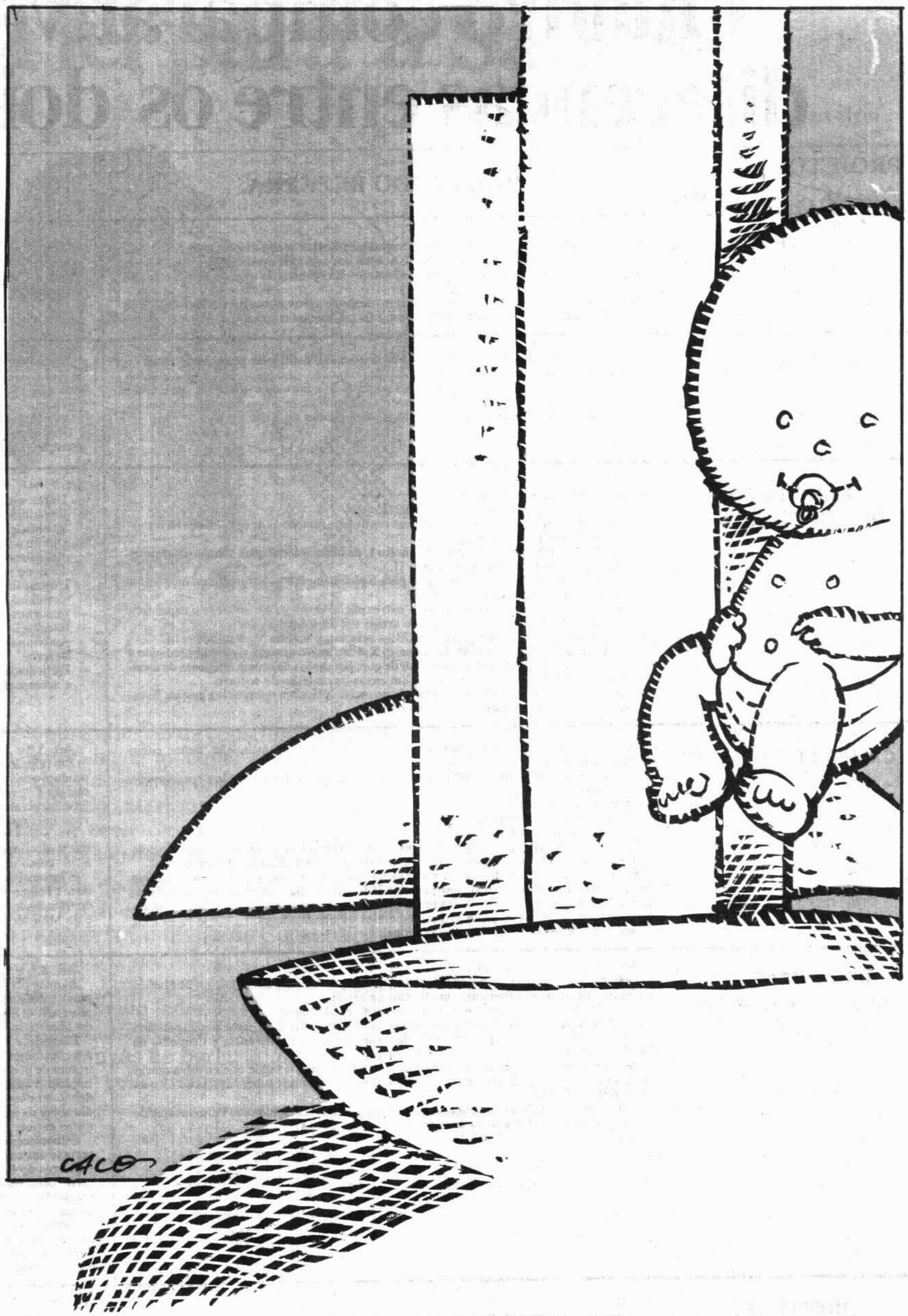
ENCARTE ESPECIAL

A nova lei Orgânica da Saúde



O RADIS decidiu publicar este Encarte Especial no Jornal PROPOSTA, sobre a nova Lei Orgânica da Saúde, objetivando contribuir para o debate da questão, na perspectiva de ver aprovada uma legislação que, efetivamente, consagre as conquistas asseguradas pelo setor saúde na Constituição Federal. Considerada a inquestionável importância do tema, esta publicação parte do pressuposto de que sua discussão deve extrapolar o âmbito do Congresso Nacional, envolvendo, além dos partidos políticos, as entidades da sociedade civil organizada, parte fundamental deste processo.

O Encarte é sobre o trabalho elaborado pelo professor Eleutério Rodriguez Neto, diretor do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/Unb) e por Maria Angélica Gomes e Samara Rachel Vieira Nitão, técnicas do órgão, traçando uma linha comparativa entre o Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Raimundo Bezerra, Presidente da Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, e a proposição enviada, com atraso, pela Presidência da República ao Legislativo.

Apresentado como sendo uma síntese das propostas baseadas nas recomendações do VI Simpósio de Política Nacional de Saúde, realizado em maio, pela Câmara dos Deputados, o projeto do Deputado Raimundo Bezerra sobre Saúde está vinculado a outros dois projetos apresentados pelo parlamentar, sobre a organização geral da Seguridade Social e sobre a Assistência Social, explicando a imprescindível articulação entre estas áreas.

Mesmo considerando a proposta de Raimundo Bezerra "mais abrangente, mais completa e menos ambígua", os autores do trabalho comparativo entendem que os projetos do parlamentar e do Executivo, elaborado pelo Ministério da Saúde, não devem ser tratados como antagônicos entre si.

Com a publicação deste trabalho, esperamos contribuir no grande esforço que deve ser assumido no sentido de garantir a aprovação de uma Lei para a Saúde que avance na perspectiva da Reforma Sanitária.

Quadro comparativo mostra diferenças entre os dois projetos

PROJETO / TEMA	RAIMUNDO BEZERRA	PODER EXECUTIVO
CONCEITUAÇÃO DA SAÚDE	Art. 2.º — Integra a saúde como parte da Seguridade Social, sendo determinada pelos fatores relacionados à concepção de vida e o acesso aos serviços essenciais. Avança no conceito de saúde como expressão da organização econômica e social do país. Em resumo, este artigo incorpora o conceito de saúde aprovado na 8.ª CNS e a definição da OMS (saúde como condição de bem-estar físico, mental e social).	Art. 2.º e 3.º — Reconhece a saúde como um bem garantido por lei e um direito do ser humano e como dever do Estado em dar condições ao seu exercício. Na caracterização do dever do Estado, retrocede em relação ao Art. 196 da Constituição ao não garantir o acesso **universal** às ações e serviços de saúde.
COMPOSIÇÃO DO SUS	Art. 3.º e Parágrafo Único — Integram o SUS, todas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de prestação de serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde, bem como as instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, equipamentos e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. A iniciativa privada participa em caráter complementar do SUS.	Art. 4.º — A caracterização das ações e serviços é feita de maneira genérica sem explicitar as instituições integrantes do SUS através de atividades — fim (promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde) e atividades-meio (insumos, equipamentos e desenvolvimento de recursos humanos). A iniciativa privada participa em caráter complementar do SUS. Obs.: No Art. 4.º abre a possibilidade da criação e/ou manutenção de serviços de Administração (institutos, fundações, autarquias).
PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	Art. 4.º — Universalização — não explícita. — Integralidade — garantido no inciso VIII. — Igualdade — garantido no inciso IV, com resalva em relação às desigualdades na necessidade de assistência (equidade). — Direito à informação — garantido no inciso I, de obter informações sobre a saúde individual e coletiva. Ver também inciso II. — Utilização do método epidemiológico para o planejamento — garantido no inciso III. — Gratuidade — garantida no inciso VI. — Descentralização e comando único — não explícito como inciso, embora o caput faça referência às diretrizes já previstas no artigo 198 da Constituição. — Integração da rede de serviços do SUS — relacionar incisos V, VII, IX e XI. — Autonomia do usuário — referida no inciso X. Este inciso deveria ser melhor redigido a fim de se evitar a possibilidade posterior de que, por razões de ordem religiosas de usuários ou familiar venha a se constituir em casos de omissão de socorro. — Participação da comunidade — garantida no inciso XII, com referência a gestão, fiscalização e acompanhamento das ações de saúde.	Art. 7.º — — Universalização — garantido no inciso I. — Integralidade — garantido no inciso II. — Igualdade — garantido no inciso III, elimina a possibilidade da equidade. — Direito à informação — o inciso IV garante a informação apenas a pessoas assistidas, mas não sobre a saúde da coletividade (por exemplo, condições de saúde dos trabalhadores de uma determinada indústria). — Utilização do método epidemiológico para o planejamento — garantido no inciso V. — Gratuidade — omisso. — Descentralização e comando único — garantidos nos incisos VII e VIII. — Integração da rede de serviços do SUS — ver inciso IX. — Autonomia do usuário — referida no inciso II. Mesmas resalvas do Projeto Raimundo Bezerra. — Participação da comunidade — garantida no inciso VI, apenas no tocante à fiscalização e acompanhamento das ações de saúde.
CAMPO DE ATUAÇÃO	Art. 5.º — Além das atribuições previstas no Art. 200 da Constituição, define como competência do SUS: — Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; — Vigilância Sanitária; — Vigilância epidemiológica; — Saúde do trabalhador. Em relação às atribuições atuais desta área, ao colocar sob seu controle os bens de consumo desde a etapa de produção e não só na fase de comercialização dos produtos. Em relação à saúde do trabalhador é relacionada uma série de ações de sua competência. Entre elas, destacamos o inciso V do Art. 3.º que, ao nosso ver, deveria incluir também o direito das entidades terem acesso e solicitar informações sobre as condições de saúde e os riscos a que estão submetidos os trabalhadores. Não faz referência a Vigilância Nutricional.	Art. 5.º e Art. 6.º — Confunde conceitualmente o que sejam objetivos e atribuições. Em relação ao inciso V do Art. 6.º coloca como atribuições do SUS, a participação na produção de hemoderivados o que é inconstitucional. A Constitiição no seu artigo 199 parágrafo 4.º, veda a comercialização (inclusive na produção) de sangue e seus derivados. Esse inciso abre precedentes para quando na regulamentação da lei do sangue, o setor privado possa participar na produção de hemoderivados. Os incisos VI, VII e VIII embora pertinentes, são inadequados neste capítulo uma vez que já discriminam algumas atribuições que são precípuas da Vigilância Sanitária e não do SUS, como um todo. É inconstitucional (ver inciso II do Art. 200 da Constituição) ao colocar no inciso II do Art. VI como atribuição do SUS a **participação** da execução pelo SUS nas ações de saúde do trabalhador, o que conduz a permanência da dicotomia destas ações no âmbito da saúde e do Ministério do Trabalho.
ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO E GESTÃO	Art. 6.º 7.º, 8.º, 9.º, 10, 11 e 12 Define a direção do SUS em cada nível de governo por uma única instituição: Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde. Faz referência a organização em distritos no nível municipal. Estabelece duas instâncias colegiadas de caráter deliberativo com participação paritária do Governo e entidades representativas da sociedade civil: Conferência e Conselho de Saúde no âmbito da União, Estados e Municípios. Para a execução de políticas e programas de interesse para a saúde que envolva outras áreas além do SUS, poderão ser criadas comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. Junto a todas instâncias de deliberação coletiva são criadas Comissões Permanentes de Integração entre o SUS e as instituições de ensino superior.	Art. 8.º, 9.º, 10, 11, 12 e 13 Remete para organização administrativa do Poder Executivo (União, Estados e Municípios), a definição do órgão executor do SUS. Nas disposições finais transitórias deste projeto (Art. 41), no entanto, define que no âmbito da União, a direção do SUS estará a cargo do Ministério da Saúde. Estabelece a possibilidade de criação de consórcios intermunicipais. Entretanto aplica aos consórcios, o princípio da direção única, o que é inconstitucional pois cria uma nova estrutura de poder não prevista na organização do Estado brasileiro (Art. 18 e 19 da Constituição). A administração dos consórcios é do conjunto de municípios que o compõem, podendo ser exercida por um colegiado que os represente, mas sem uma nova estrutura de poder sobre os municípios. O princípio básico para existência de consórcios é o consenso entre as partes. Estabelece duas instâncias colegiadas de caráter deliberativo junto a cada esfera de governo e aos consórcios intermunicipais. Estas duas instâncias serão compostas por representantes do Governo e da sociedade e não de **entidades representativas da sociedade civil**. Disto poderão decorrer Conselho e Conferências formadas por indivíduos isolados, escolhidos pelos Poderes Executivos constituídos, a semelhança do atual Conselho Nacional de Saúde. Além disso, estas instâncias terão poder de acompanhamento das ações e distribuições de recursos, e apenas de **assessoramento** da elaboração e execução das políticas de saúde. Desta maneira, os Conselhos de Conferências terão caráter subalterno em relação aos Ministério e Secretarias de Saúde.
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	Art. 12 Define que os Hospitais Universitários e de Ensino público integram o SUS mediante convênio entre a Instituição de Ensino Superior e a instância gestora do SUS no nível correspondente, vedada qualquer relação que caracterize compra e venda de serviço (Art. 51 do Título das Disposições Transitórias deste Projeto). Cria Conselho de Administração com participação do órgão gestor do SUS com função de planejamento físico-orçamentário e acompanhamento da execução, resguardada a autonomia de ensino e pesquisa da IES.	Art. 43 Define que os serviços de saúde universitários integram o SUS sem explicitar como se fará essa integração. Omisso em relação a proibição de compra e venda de serviços entre a IES e o SUS.
COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES POR NÍVEIS DE GOVERNO	Art. 13, 14, 15 e 16 Atribui a União o papel de coordenação e normatização básica das ações e serviços de saúde. Aos Estados e Municípios cumpre o papel de execução e normatização. Em relação aos serviços estaduais e municipais de referência nacional, cabe a União apenas a identificação e credenciamento destes serviços, ficando a sua gestão a cargo dos Estados ou Municípios a que estão vinculados.	Art. 15, 16, 17, 18 e 19 Cabe à União o estabelecimento, organização, coordenação e controle de redes integradas de assistência de alta complexidade. Os serviços estaduais e municipais de referência nacional servirão para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à população, sem referência ao atendimento à população.
RELAÇÃO SETOR PÚBLICO / PRIVADO	Art. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 — O Artigo 20 (que merece parecer quanto a sua constitucionalidade) regulamenta o parágrafo 2.º do Art. 199 da Constituição, relacionando os pedidos de financiamento, incentivos fiscal ou creditício a levar em conta os objetivos do SUS e a impossibilidade de expansão de seus serviços. Questiona-se os critérios para avaliar "impossibilidade de expansão dos serviços próprios do SUS nos pedidos de financiamento pelo setor privado."	Art. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29 Idem ao Projeto do Deputado Raimundo Bezerra com exceção de dois artigos: um que estabelece preferência para participar do SUS as entidades filantrópicas e as sem fins fins lucrativos, que aderirem a contrato em que se estabelece o regime de co-gestão administrativa, e o outro que assegure aos SUS a requisição de bens e serviços de pessoas para atendimento de necessidades coletiva, decorrentes de situações de perigo iminente, calamidade

Por uma lei para a Saúde

Eleutério Rodriguez Neto (1)
Maria Angélica Gomes (2)
Samara Rachel Vieira Nitão (2)

De abril a junho deste ano, o setor saúde viveu um período de perplexidade criado pela expectativa frustrada de que o poder executivo apresentasse seu projeto de lei sobre o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social como determinava o artigo 59 das Disposições Gerais e Transitórias da Constituição de outubro.

O que se presenciou foi uma triste disputa entre os ministérios da área, configurando um constrangedor quadro de desentendimento dentro do próprio Governo, apenas corroborando o que já vem-se dando em outros campos da administração federal.

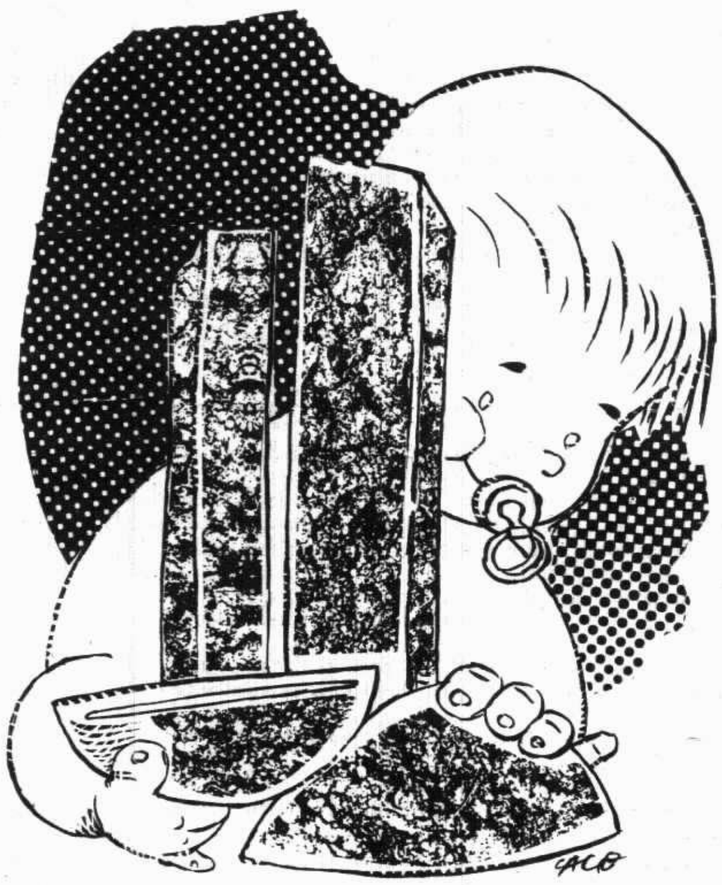
Entretanto, contrariando o movimento de opinião pública urdido para desprestigiar o parlamento, este soube, mais uma vez ocupar devidamente o espaço não preenchido pelo Executivo. Após uma consulta à Comissão de Constituição e Justiça, o Deputado Raimundo Bezerra, Presidente da Comissão de Saúde, Presidência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, apresentou o projeto de lei necessário ao andamento do processo (Projeto nº. 3100/89).

O Projeto Raimundo Bezerra pretende ser uma síntese das propostas disponíveis até então, tendo como critérios as recomendações extraídas do VI Simpósio de Política Nacional de Saúde realizado pela Câmara dos Deputados em maio passado.

Assim, meritória a iniciativa do Deputado Raimundo Bezerra, a mesma não chega a constituir uma nova proposta, mas tem a sensibilidade de incorporar as sugestões mais pertinentes e consistentes com a doutrina da Reforma Sanitária.

Surpreendentemente, no final de julho, a Presidência da República encaminhou o seu projeto ao Legislativo, o qual corresponde ao texto conhecido e de responsabilidade do Ministério da Saúde (Projeto nº. 3110/89).

Nessa situação, e face à técnica do processo legislativo e o regimento em vigor, deverá tramitar o projeto que tiver precedência cronológica no Congresso Nacional. Isto é, o Projeto Raimundo Bezerra; o outro, ou os outros serão anexados como subsídios ao debate e à relatoria. A tramitação deverá incluir a análise pela Comissão de Constituição e Justiça e, em seguida pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social.



Quanto à questão da constitucionalidade, não deverá haver qualquer questionamento para esses dois projetos. Entretanto havia dado entrada anteriormente, com o número 2358/89, o projeto de lei do Deputado Roberto Jefferson do PTB referente à matéria.

Uma pérola do pensamento privatista sob a ótica da FBH, esse projeto deverá ser rejeitado na própria Comissão de Constituição e Justiça, dado o seu alto grau de inconstitucionalidade, como por exemplo, a duplicidade de comando federal (MS e MPAS), a reserva de mercado para o setor privado e outras tentativas de burlar o que já foi sacramentado pela Constituição. Além do mais, só poderia haver acolhida de projetos sobre o assunto após o parecer da Comissão de Constituição e Justiça sobre o não cumprimento do art. 59 pelo Poder Executivo.

Entende-se que, no caso dos projetos Bezerra e do Executivo, não devem ser tratados como antagônicos entre si, embora, com certeza, o primeiro seja mais abrangente, mais completo e menos ambíguo.

A análise comparativa dos dois é apresentada nos quadros a seguir.

Cabe, no entanto, o destaque de alguns pontos importantes que diferenciam os dois projetos.

Em primeiro lugar, o projeto Bezerra insere-se no contexto constitucional da Seguridade Social, não podendo ser desvinculado dos demais projetos apresentados pelo próprio deputado sobre a organização geral da Seguridade Social (Projeto nº. 3101/89) e sobre a Assistência Social (Projeto nº. 3.099).

Está aí explícita a articulação necessária entre estas áreas, inclusive nos pontos de vista de planejamento e financiamento.

Neste particular, parece, segundo projeções feitas por especialistas, que a Saúde será grandemente beneficiada pela inevitabilidade do crescimento da Previdência Social que, ao crescer, "puxará" também a Saúde e a Assistência Social, tendo em vista o rateio de 60% e 5% proposto para as áreas respectivas. Parece ser a melhor maneira de assegurar uma dotação de recursos fiscais (União) ao orçamento da Seguridade Social para os próximos dez anos. Estima-se que nesse período os gastos com benefícios de previdência deverão triplicar face às conquistas constitucionais; e assim também os recursos para a Saúde.

Outros pontos a se destacar são: a natureza e a função dos conselhos de saúde, a cobrança a usuários e a pouca ênfase na reorganização administrativa federal tratadas de forma inadequada e ambígua no projeto do Executivo.

De qualquer forma, o projeto Raimundo Bezerra ainda é passível de aperfeiçoamento em várias de suas formulações como indica a análise contida no quadro.

Por último, são necessárias algumas considerações sobre o processo.

Dado a imprevisibilidade do quadro sucessório presidencial seria absolutamente conveniente todo o esforço para a aprovação da lei, ainda nesta legislatura, sob o risco de, um Governo não comprometido com a Reforma Sanitária, usar seu poder para aprovar uma lei mais "frouxa".

Assim, é necessária uma ampla mobilização, no sentido de um esforço concentrado imediato, envolvendo as entidades civis, os partidos políticos e os setores do próprio Governo que defendem a proposta.

Por outro lado, faz-se necessário, também um amplo debate com o segmento dos funcionários públicos federais que serão abrangidos pelo processo de reorganização administrativa para que sejam devidamente equacionados e superados. Neste ponto, talvez sejam necessários alguns ajustes ao Projeto Bezerra para contemplar uma transição sem traumas e sem prejuízos para o funcionalismo federal; afinal estes devem ser, ao lado dos usuários, os grandes beneficiários de uma política institucional mais justa, gratificante e comprometida com a causa da democracia, do bam-estar e da justiça social.

(1) Diretor do NESP/FS—UnB
(2) Técnicas do NESP/FS—UnB

Quadro mostra diferenças entre os dois projetos

(continuação)

PROJETO / TEMA	RAIMUNDO BEZERRA	PODER EXECUTIVO
	Quanto à participação complementar se estabelece: — Participação complementar dos serviços privados mediante contrato de direito público. — Com as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (que tem a preferência na participação do SUS) ficam estabelecidas duas opções de relacionamentos; 1) através de convênios para realização de atividades específicas. 2) através de co-gestão com a criação de um colegiado de administração comum. — Assegura ao SUS intervir na execução do contrato de prestação de serviços quando ocorrer infração de normas contratuais e regulamentadas. A direção Nacional do SUS estabelecerá as cláusulas essenciais de convênios e de contratos, critérios e valores para a remuneração de serviços (Art. 23). Proibe aos proprietários, dirigentes de entidades ou de serviços contratados exercer cargo ou função de direção coordenação, chefia ou assessoramento no SUS. Assegura aos SUS direito de intervir na execução do contrato de prestação de serviço, quando o contratado ocorrer em infração grave (Art. 24).	pública e irrupção de epidemias. Omisso em relação a intervenção pelo SUS quando as entidades privadas infringirem as normas contratuais e regulamentares.
RECURSOS HUMANOS	Art. 25 a 34 No projeto, a política de Recursos Humanos será normatizada e executada em articulação com outras esferas de governo. Estabelecer que os servidores que acumulam dois cargos, devem exercê-los voltados para a cobertura da mesma população e que os cargos de chefia, direção devam ser em caráter de dedicação exclusiva. Estabelece remuneração de no mínimo 150% do salário normal aos profissionais em regime de dedicação exclusiva. Estabelece que a rede de serviços públicos se constitue em campo de prática de ensino e pesquisa, mediante normas a serem elaboradas conjuntamente pelo SUS e pelo sistema educacional. Fixa pisos nacionais de salários por categoria profissional, sem prejuízo das remunerações complementares adotadas pelos Estados e Municípios para atender peculiaridades regionais. No que diz respeito à estratégia de formação de recursos humanos, o texto merece maior aperfeiçoamento. Merece uma discussão a abertura da possibilidade do tempo parcial para os profissionais de saúde, em situações especiais, de forma definitiva ou temporária, desde que não haja outro vínculo empregatício, a excessão do magistério.	Art. 30 e 31 O projeto deixou a política de Recursos Humanos para ser formalizada e executada em articulação com outras esferas de governo. A rede de serviços se constitui em campo de prática de ensino em saúde. Mas não especifica as normas desta prática que a nosso ver devem ser elaborados conjuntamente pelo SUS e pelas Instituições de Ensino. Os artigos são insuficientes para contemplar as questões de recursos humanos em saúde.
FINANCIAMENTO (RECURSOS)	Art. 35, 36 e 37 A análise do financiamento do SUS deve ser feita em conjunto com o Projeto de Lei da Seguridade Social, também da autoria do Deputado Raimundo Bezerra (Projeto de Lei n.º 3.101 de 1989). Neste projeto propõe-se que todo e qualquer recurso para a Seguridade Social venha a compor o chamado "Orçamento da Seguridade Social" sem vinculação seja de fontes do Tesouro Nacional ou das contribuições sociais para áreas específicas (Previdência, Saúde e Assistência Social). A partir da composição do orçamento da Seguridade Social ficam previamente definidos percentuais para as três áreas: 60% para a Previdência; 35% para a Saúde. 05% para a Assistência Social.	Art. 32, 33 e 34 Não determina a priori, percentual do orçamento da Seguridade Social. Ano a ano, a proposta orçamentária seria realizada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei das Diretrizes Orçamentárias.
FINANCIAMENTO (GESTÃO FINANCEIRA)	Art. 41 São criados Fundos de Saúde, de natureza contábil e financeira, subordinados ao controle dos conselhos de saúde respectivos.	Art. 35 É criado o Fundo Nacional de Saúde. Em relação aos Estados e Municípios, o projeto refere-se apenas a depósito em conta especial, sem menção explícita a Fundos. Em qualquer caso, a movimentação destes recursos estaria a cargo dos Conselhos de Saúde.
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS	Art. 42 e 43 O repasse de recursos far-se-á do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais (FES) e destes aos Fundos Municipais (FMS) de forma regular e automática, de acordo com os valores e cronogramas propostos pelos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais). Relaciona sete critérios técnicos para definição da transferência de recursos aos Estados e Municípios. Estabelece que a base populacional define, automaticamente 50% dos recursos a serem transferidos para Estados e Municípios. Observação: Em ambos projetos não está explicitado (e, é preciso que esteja) que mesmo estes recursos devem constar na elaboração dos Planos de Saúde, estaduais e municipais.	Art. 36 e 37 Os recursos do FNS são transferidos aos Estados e Municípios, **segundo disponibilidades** do FNS em conformidade com as cotas previstas em cronograma aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Relaciona cinco critérios técnicos para a definição da transferência de recursos aos Estados e Municípios (iguais aos do Projeto Raimundo Bezerra). Omisso em relação aos critérios de previsão do plano quinqüenal de investimentos da rede de serviços do SUS e o ressarcimento do atendimento e serviços prestados a outras esferas de Governo. Também define que 50% dos recursos serão transferidos automaticamente aos Estados e Municípios segundo a base populacional.
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO	Art. 38, 39 e 40 Estabelece que o planejamento será ascendente, do nível local até o federal, através de elaboração de planos de saúde. Cabe a direção nacional do SUS estabelecer critérios para elaboração dos planos de saúde. Veda a destinação de recursos públicos a instituições privadas prestadoras de serviços de saúde e a entidades de assistência privativos de funcionários da administração direta e indireta.	Art. 38, 39 e 40 Idêntico ao Projeto Raimundo Bezerra.
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	Art. 44, 45, 46, 47, 48, 49... 62 — O projeto não define desde já o futuro das autarquias e fundações do MS, deixando que o MS promova mudanças para adequar-se a esta lei. — É extinto o INAMPS — Seus recursos humanos, financeiros, materiais são transferidos para o nível descentralizado correspondente. O quadro de pessoal deste órgão é considerado em extinção assegurados aos servidores atuais, todos os direitos e vantagens bem como o direito de opção para os quadros federal, estadual ou municipal. — Estabelece que a União, Estados e Municípios não poderão diminuir os valores reais alocados para a saúde em relação a média dos últimos 5 anos (devem ser estabelecidos que recursos farão parte desta média para evitar artifícios de retração das receitas para a Saúde dos últimos anos). — Estabelece que no prazo de 5 anos os valores alocados ao SUS deverá atingir 8% do PIB. — Veda as contratações de profissionais de saúde em regime de tempo parcial. — Estabelece que os serviços privados submetem-se a regulamentação, fiscalização e controle do SUS. Este artigo deveria fazer parte das Disposições Permanentes no Capítulo I do Título III. — Cria Serviço Civil em Saúde a ser disciplinado em lei. — Diz que o SUS deve estabelecer mecanismos de incentivo a participação do setor privado no investimento em Ciência e Tecnologia e estimular transferência de tecnologia das Universidades e Institutos de Pesquisa ao SUS e às empresas nacionais. — Estabelece que no prazo de 180 dias o Poder Executivo deverá encaminhar projeto de lei diversos (ver íntegra do projeto). — Criminaliza o emprego de verbas públicas para a saúde em finalidades diversas desta lei. — Extingue o Programa SUDS, cabendo às instituições que o compõe definir a estratégia de transição para o SUS.	Art. 41, 42 até 48 — O projeto delega ao Poder Executivo autorização para promover a extinção de entidades federais cujas atividades passam para os Estados e Municípios. — Extingue só os Escritórios Regionais do INAMPS, o que pressupõe que a direção central seria repassada ao Ministério da Saúde (ver § 8.º do art. 42). Os bens imóveis do INAMPS ficam disponíveis para uso (sem menção ao direito de posse) pelos Estados ou Municípios. Coloca os atuais servidores do INAMPS a disposição do SUS no nível descentralizado do correspondente, sem prejuízo dos direitos e vantagens adquiridos. Trata diferentemente os servidores das campanhas de Saúde Pública que seriam absorvidos pela direção nacional do SUS em quadro suplementar. — Omisso em relação a regulamentação e fiscalização pelo SUS, do setor privado. — Não cria Serviço Social civil em saúde. — Omisso em relação aos mecanismos de incentivo a participação do setor privado em Ciência e Tecnologia e à transferência de tecnologia. — Sem referência a projetos de lei necessários a regulamentação de atividades do SUS e prazos para seu encaminhamento. — Criminaliza o emprego de verbas públicas para a saúde em finalidades diversas desta lei. — Estabelece que os convênios entre a União, Estados e Municípios ficarão rescindidos à proporção que o seu objeto for sendo absorvidos pelo SUS. Isto pressupõe que ainda permanecerá por um tempo imprevisto, mecanismos de relação convenial entre os níveis do SUS, o que é de todo indesejável.